

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 136

A PROPOS D'UN CAS
DE
MORT SUBITE DANS LA RUBÉOLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1921

PAR

BERTHUIT (Ernest-Vital)

Né à Massiac (Cantal), le 12 juillet 1893

Décoré de la Croix de guerre (2 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**Examineurs
de la Thèse**

{	DUCAMP, Professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs.</i>
	BOSC, Professeur.		
	LEENHARDT, Agrégé.		
	MARGAROT, Agrégé.		


MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921

A PROPOS D'UN CAS
DE
MORT SUBITE DANS LA RUBÉOLE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	GRYNFELTT.
Physique médicale.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique.....	GRANEL.
Microbiologie.....	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène.....	VIRE.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	DUCAMP.
Clinique obstétricale.....	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique.....	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants.....	VALLAIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MAIRET.
Clinique gynécologique.....	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	BAUMEI.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	MARGAROT.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements.....	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés-en exercice

Médecine.....	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	MM. RICHE.
Anatomie.....	GAUSSEL.	Accouchements	ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.).
	MARGAROT.		GALAVIELLE.
Chimie.....	DELMAS (J.).	Physique.....	CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

* Examinateurs de la thèse :

MM. DUCAMP, prof., *président*.

BOSC, professeur.

MM. LEENHARDT, agrégé.

MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance
et d'affection.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

E. BERTHUIT.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE LYON

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

E. BERTHUIT.

A PROPOS D'UN CAS

DE

MORT SUBITE DANS LA RUBÉOLE

INTRODUCTION

Durant l'hiver et le printemps 1921, ayant observé dans le service de notre maître M. le professeur Ducamp une épidémie de rubéole assez importante, au cours de laquelle nous avons constaté un cas de mort subite dans des circonstances que nous préciserons, il nous a paru intéressant de faire notre thèse sur ce sujet.

Dans l'histoire de la rubéole, nous retiendrons surtout les cas graves qui ont été publiés, nous intéressant spécialement au pronostic.

Nous signalerons les caractères généraux de l'épidémie que nous avons vu évoluer, et nous rapporterons une observation de mort subite que d'aucuns rangeraient peut-être parmi les rubéoles graves. Mais, tout en discutant l'influence possible de la rubéole dans cette évolution fatale aussi brusque, nous tendrons plutôt à rapprocher cette observation d'autres observations signalées dans les traités de médecine légale.

Avant de commencer ce travail, à la veille de quitter la Faculté, nous avons le devoir d'adresser nos remer-

ciements aux Maîtres qui ont contribué à notre formation médicale.

Que nos Maîtres de la Faculté de Lyon et de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand veuillent bien trouver ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre entier dévouement :

M. le docteur J. Teissier, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lyon, qui, selon son expression familière, initia nos oreilles vierges à l'auscultation, avec la collaboration de MM. les agrégés Thévenot et Rebattu, qui surent bien aplanir pour nous les difficultés du début.

M. le docteur Bousquet, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, dont nous avons su apprécier l'enseignement si clair, si saisissant et si pratique.

M. le docteur Morin, professeur de clinique médicale à la même Ecole, dont le dévouement inlassable n'a d'égal que sa bonté et sa simplicité.

M. le professeur G. Billard, avec lequel la physiologie devient une science des plus captivantes par ses constantes applications à la clinique.

Nous n'oublierons pas ce que nous devons à nos Maîtres de la Faculté de Montpellier. Nous sommes heureux de les remercier de leur excellent enseignement, de l'accueil bienveillant qu'ils nous ont fait dans tous les services que nous avons pu fréquenter.

Nous adressons spécialement nos hommages à M. le professeur Ducamp, dont le magistral enseignement clinique au lit du malade a été pour nous du plus grand intérêt.

Nous lui sommes très reconnaissant de nous avoir

fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. le docteur Carrieu a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation que nous rapportons et de nous guider dans ce travail; nous lui témoignons toute notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a porté et la sympathie qu'il nous a manifestée.

HISTORIQUE

Nous ne nous attarderons pas à retracer, après tant d'autres, l'historique de la rubéole ; historique qui se trouve d'ailleurs magistralement exposé dans le travail de Delastre (thèse de Lyon, 1883), et dans celui de Didier (thèse de Paris, 1891).

Il est plus intéressant pour nous de passer en revue, dans les Annales de médecine, les cas isolés et les épidémies où la rubéole a perdu son caractère classique de bénignité.

Dès le XVI^e siècle, c'est-à-dire dès le début où l'on commence à soupçonner une maladie pouvant être individualisée à côté de la rougeole et de la scarlatine, nous voyons Baillou, en 1574, signaler dans cette affection une grande élévation de température, de l'inquiétude, de l'agitation, de l'anxiété, des douleurs à l'épigastre et des vomissements, avec de la tendance à l'assoupissement, de la toux, de l'irritation de la trachée et des bronches, de l'angine sèche produisant de la suffocation, une chaleur très forte.

Après lui, et jusqu'à ce que la rubéole soit pour la première fois à peu près individualisée (début du XIX^e siècle).

ele), il nous est difficile de suivre l'histoire des rubéoles graves ; car les auteurs confondent souvent avec elle certains cas de rougeole et de scarlatine. Ziegler relate en 1784 une épidémie grave en Haute-Saxe, épidémie caractérisée par des phénomènes pulmonaires assez prononcés. Paterson (1840) signale comme complications l'anasarque, la suppuration des ganglions cervicaux accompagnée même dans un cas de sphacèle du tissu cellulaire du cou qui mit à nu la carotide ; puis Tripe (1852), Engleman (1856), Balfour (1857), étudient sous le nom de « rubeolæ sine catarrho » une affection spéciale, tantôt bénigne, tantôt très grave.

En 1859, Gintrac, dans son cours théorique et clinique de pathologie interne, dit, aux conclusions, au sujet de la rubéole : « Le caractère de la maladie a été ordinairement grave, mais l'issue en a été plus souvent heureuse. Elle a eu plusieurs fois pour suites, soit des abcès cervicaux, soit une hydropisie, et particulièrement une anasarque.

Un peu plus tard, Aitken (1872), en Angleterre, distingue nettement deux formes : une bénigne, la plus fréquente, une grave pouvant amener la mort par complications.

Deux ans après, Moore (1874), dans l'observation de plusieurs cas, note une intensité considérable de la fièvre qu'il fait remarquer être en contradiction avec les descriptions classiques.

En 1880, James Robinson de son côté, dans la description d'une épidémie, insiste sur la possibilité d'une forme grave, signalant, parmi les complications possibles, la bronchite et la pneumonie.

En 1881, au Congrès de médecine de Londres, Cheadle relate une épidémie (45 cas) ayant sévi en 1879, où il

observa vingt formes graves avec albuminurie, angine intense, surdité persistante, et dont quatre se terminèrent par la mort. Mais au sujet de ces quatre morts il faut être très circonspect, en ce qui concerne le pronostic de la rubéole, car trois malades étaient atteints de pleurésie purulente, et un de tétanie.

Cependant, en France, les auteurs à cette époque tiennent toujours à la bénignité de la rubéole, et nous voyons Raymond avec Lecorché, Talamon (1881) et Longuet (1883) en faire une affection essentiellement bénigne. Ce qui n'empêche pas Delastre (thèse de Lyon, 1883), rappelant le rapport de Cheadle, de se croire en devoir de faire un chapitre spécial : « De la forme grave du Rotheln ».

En 1883, Tongé Smith, sur 145 cas, n'en trouve pas un seul sortant de la bénignité classique. En 1884, W. Edwards, qui rapporte une épidémie de 166 cas aux Etats-Unis, signale par contre des broncho-pneumonies, des stomatites, des néphrites, des entérites, et ces complications lui font considérer le pronostic comme sérieux, au même titre que celui de la scarlatine.

Trastour (1884) décrivant une épidémie à Nantes, relate certains cas s'étant terminés par un empyème. En même temps, Bourneville et Bricon 16 observations, bien que rattachant tous les cas graves à « des rougeoles anormales ou méconnues », n'en signalent pas moins deux cas où la température atteint 40°8, trois où elle a dépassé 40°, et la plupart des autres ayant atteint de 38°5 à 39°.

Haig Brown (1887) fait, dans sa statistique de 202 cas par lui observés, une part très large aux complications graves.

Rehn, en 1888, notant à l'occasion de 40 cas l'apyrexie

comme classique, donne néanmoins un cas où la température atteignit 39°.

Baginsky, dans son « Lehrbuch der Kinderkrankh. », 1889, signale des complications graves (pulmonaires et gastro-intestinales) terminées par la mort.

Didier (thèse de Paris, 1891) relate un cas où la température était très intense, accompagnée de céphalalgie violente, avec sensation de brisures des membres, anxiété précordiale, sommeil impossible, pouls à 115. Abattement, nausées, photophobie.

Cannac, en 1892, décrit une épidémie qui s'est caractérisée par un « état gastrique assez difficile à faire disparaître, et une asthénie musculaire très marquée ».

Nous arrivons ensuite à la thèse de Daniel (Montpellier, 1897) dont l'auteur, reprenant une épidémie (55 militaires du 2^e génie, soignés dans le service de M. le professeur Carrien), considère les complications comme très rares, mais le pronostic comme quelquefois très grave, et il note que la plus grande mortalité observée jusqu'à cette époque a été de 9 p. 100 dans une épidémie rapportée par Hatfield.

Des travaux étrangers avec Koplick, Jessner, Dukes (1900) signalent des cas confirmant la gravité possible de la rubéole.

Le 20 février 1906, Aviragnet et Apert apportent à la Société de pédiatrie le compte rendu d'une épidémie (10 cas). Ces observateurs, après avoir fait soigneusement le diagnostic de la maladie, relatent le début brusque de l'affection avec 39°5 de fièvre, un état gastrique assez prononcé. Comme complications, un abcès rétropharyngé et deux pneumonies suivies de décès.

Nous remarquerons que les cas où la rubéole a entraîné la mort sont très rares. Les complications pulmo-

naires ont pu être observées ; la suppuration des ganglions cervicaux, l'anasarque, la fièvre surtout, les vomissements, ont été signalés ; mais nous n'avons trouvé nulle part de complications cardiaques analogues à celle que nous décrirons plus loin. Aussi, malgré la statistique très pessimiste de Hatfield (mortalité 9 p. 100), malgré les autres cas graves publiés surtout en Angleterre et en Allemagne, nous sommes plutôt disposé à nous ranger à l'opinion des auteurs français d'après lesquels le pronostic essentiellement bénin de la rubéole ne fait aucun doute. Comby et Grancher écrivent dans leur *Traité des maladies de l'enfance* : « Quelles que soient ses manifestations éruptives, la rubéole est une maladie des plus bénignes et ne menace en aucun cas la vie des malades. »

L'épidémie que nous avons observée à l'Hôpital Suburbain de Montpellier et dont nous allons signaler brièvement les caractères généraux nous confirme dans cette opinion.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE L'ÉPIDÉMIE DE 1921

L'épidémie a débuté vers le 10 février. Elle a été presque uniquement observée chez des militaires.

Nous avons pu noter l'évolution simultanée des trois fièvres éruptives : scarlatine, rougeole et rubéole. Les cas de scarlatine furent rares. Les cas de rubéole furent au début les plus nombreux. A la date du 25 février 1921, on relève 15 cas de rubéole, 10 de rougeole et 2 de scarlatine. Puis la rougeole l'emporte, elle atteint plus de 260 cas, et n'est pas encore terminée. L'épidémie de rubéole paraît éteinte, et nous en avons relevé 28 observations du 11 février au 30 mai.

Nous avons vu évoluer l'épidémie de rubéole avec les caractères classiques habituels : éruption s'accompagnant de conjonctivite et de coryza ; symptômes semblables à ceux d'une rougeole, mais bien atténués. Angine scarlatiniforme. Etat général bon. L'apyrexie fut la règle. Quelques ganglions dans l'aisselle, l'aîne et la région sous-maxillaire. La desquamation apparaissait souvent au bout de 2 jours et les malades pouvaient quitter l'hôpital après un séjour minimum de 5 ou 6 jours, en

moyenne 8 jours, 12 jours au maximum. Jamais d'albumine, ni de complications pharyngées ou pulmonaires. Pas d'adénites suppurées.

Ainsi donc, toutes les observations prises dans le service des contagieux de M. le professeur Ducamp sont bien en faveur du pronostic essentiellement bénin de la rubéole.

Cependant une seule fait exception, et seulement par le dénouement fatal qui est survenu brusquement. Et c'est ici que nous placerons l'observation qui fait le principal intérêt de notre thèse.

OBSERVATION

Le 21 mai 1921, entrain dans le service de M. le professeur Ducamp, salle Velpeau, lit n° 10, le nommé D. Th., soldat au 81° R. I., âgé de 20 ans. Rien à signaler dans les antécédents personnels ou héréditaires. Il présentait une éruption morbilliforme légère, ses amygdales étaient rouges; il avait quelques ganglions cervicaux et une température rectale de 37°5. Le diagnostic de rubéole fut porté.

Le 25 mai, en pleine convalescence, après avoir mangé gloutonnement son repas du soir, il s'étend sur son lit, il devient pâle, ne répond plus aux questions et meurt en deux minutes.

L'autopsie, que nous avons pratiquée, nous a permis de constater les faits suivants. Le cerveau, les poumons, le foie, la rate, les capsules surrénales et les reins sont normaux. Le cœur est gros : les orifices et les valvules sont sains, mais la paroi du ventricule droit est mince, jaunâtre et a la consistance d'un morceau de lard; elle est, du reste, presque exclusivement constituée par de la graisse; seule, une très faible zone (1/5 environ de l'épaisseur totale) est constituée par du muscle. Au

microscope, le tissu musculaire forme une couche extrêmement mince par rapport au reste de la paroi qui est uniquement composée de tissu graisseux. Il y a là une véritable dégénérescence graisseuse dont l'étiologie nous échappe. Elle est fort ancienne, peut-être même congénitale.

L'estomac, à l'autopsie, est fort distendu par les aliments. Ses parois sont très amincies. A la région pylorique on voit une véritable éruption brunâtre. Au microscope on remarque de très nombreux vaisseaux sanguins avec, à la région pylorique, de petits dépôts de pigments ocre situés autour des vaisseaux.

COMMENTAIRE

Cette observation pose une fois de plus le problème de la mort subite au cours de la convalescence des maladies infectieuses.

Nous ne devons pas seulement nous arrêter à un diagnostic anatomique qu'il sera bien difficile de préciser; mais, remontant de la lésion de l'organe à la cause de cette lésion, nous discuterons si l'état infectieux de la rubéole a pu déterminer la lésion fatale.

L'autopsie nous apporte quelques précisions, mais nous devons avouer que, même le scapel à la main, nous ne pouvons faire que des hypothèses sur la cause de cette mort.

En présence d'une mort subite, le médecin légiste pense en trouver la cause dans un état du cerveau, du poumon ou du cœur, en dehors des réflexes inhibiteurs, ou des lésions viscérales pouvant amener la mort par hémorragie interne.

Ici, le cerveau et le poumon étant absolument intacts, c'est le cœur qui doit surtout retenir notre attention. Ce cœur volumineux, grasseux, nous autorise à penser à une insuffisance du myocarde et pourrait nous expli-

quer la syncope fatale. Mais cette dégénérescence, quelle en est la nature, la cause? Ce tissu lardacé a un caractère ancien. La dégénérescence du cœur est de vieille date, et il semble d'ailleurs inadmissible que la rubéole ait pu créer cet état anatomique en quatre jours.

Nous savons, d'autre part, que le sujet dont il s'agit avait été ausculté soigneusement, et qu'à l'examen stéthoscopique du cœur rien d'anormal n'avait été noté.

Au point de vue fonctionnel, ce soldat ne s'était jamais plaint, ni de dyspnée, ni de palpitations, ni d'arythmie, ni de tachycardie, et nous n'avons rien retrouvé dans ses antécédents personnels ou héréditaires pouvant nous mettre rétrospectivement sur la piste de l'étiologie de cette lésion dégénérative.

Mais, quelle que soit l'importance de ce cœur gras-seux, nous considérons que l'examen de l'estomac a aussi pour nous un grand intérêt.

Le jeune soldat, à la suite d'une diète de 4 jours, avait un appétit exagéré. Ses camarades, par complaisance, lui avaient même cédé une partie de leur ration. L'estomac fort distendu contenait près de trois litres d'aliments dans lesquels on trouvait surtout une bouillie de riz.

L'éruption brunâtre que l'on note dans la région pylorique est assez troublante et nous ne saurions en donner l'explication, à moins d'émettre l'hypothèse assez invraisemblable et pour le moins fort curieuse d'un énanthème gastrique de la rubéole, énanthème que nous n'avons jamais vu signalé, excepté dans l'érysipèle.

L'examen histologique de la paroi gastrique nous montre de la congestion et un pigment ocre dû au passage du sang à travers les vaisseaux.

Après avoir éliminé l'hypothèse d'un empoisonnement que les commémoratifs et l'évolution auraient certaine-

ment fait découvrir, nous signalerons simplement pour mémoire le cas de mort subite possible au cours du coma dyspeptique, appelé par Kussmaül : « Complexus symptomatique ». Cet auteur a pensé que la mort subite pouvait être due à une auto-intoxication par l'acétone que les fermentations intestinales mettaient en liberté.

Senator, Riess, Litten ont insisté sur ce fait que le « complexus de Kussmaül » s'observait au cours d'affections diverses telles que l'anémie pernicieuse, les maladies du foie et du rein, le catarrhe chronique de la vessie, certaines « maladies éruptives. »

Il nous semble plus vraisemblable d'admettre que, sous l'influence d'un repas trop abondant, l'estomac étant distendu à l'excès, il s'est produit un phénomène analogue à ce qui se passe dans le réflexe de Goltz, où le choc brusque exercé au niveau de la paroi épigastrique, agissant ainsi sur le plexus solaire, détermine une syncope.

D'ailleurs, les réflexes partis de l'estomac et aboutissant au cœur sont des faits bien connus en physiologie et en clinique.

La syncope n'aurait pu être que passagère ; mais, par suite des lésions, latentes sans doute, mais très graves que présentait le cœur de notre malade, le muscle cardiaque n'a pas eu la force de reprendre ses contractions. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle nous paraît la plus plausible.

Il nous paraît intéressant, avant de terminer, de rapprocher notre observation d'un cas analogue signalé par Brouardel.

L'illustre professeur de médecine légale, dans son traité : « La mort et la mort subite », pose la question : « Peut-on mourir subitement d'une indigestion ? Les

auteurs répondent par l'affirmative, dit-il. Eh bien ! Messieurs, j'ai lu toutes les observations qu'ils ont rapportées, je n'ai pas rencontré un seul cas dans lequel des lésions préexistantes dans un organe autre que l'estomac n'aient pas justifié la mort ; dans la plupart des cas, le malade avait une affection rénale, ou relevait d'une fièvre typhoïde.

» Tel ce jeune garçon dont M. le docteur Martel a rapporté l'observation et qui, convalescent d'une fièvre typhoïde légère, se promenait librement dans les salles de l'hôpital. Un jour, après le déjeuner, il a une syncope et meurt si rapidement que l'interne de service, immédiatement prévenu, ne peut que constater le décès. L'autopsie fut faite ; les divers organes étaient sains. L'estomac était distendu par une masse de haricots blancs, non encore attaqués par les sucs digestifs. Cet enfant qui, pendant le cours de la fièvre typhoïde, avait été soumis à une diète sévère, était atteint de l'appétit exagéré fréquent chez les convalescents ; il avait obtenu de ses camarades de salle ce supplément de ration indigeste, et il l'avait rapidement absorbé afin d'échapper à la surveillance (Martel, *Gazette hebdomadaire*, 1877).

» Si cet enfant, ajoute Brouardel, dans son état de santé ordinaire avait ingéré ces haricots, il aurait peut-être eu une indigestion mais il ne serait pas mort. »

Il convient de noter la différence essentielle qui ressort du rapprochement des deux observations.

La mort subite dans la convalescence de la typhoïde est bien plus fréquente que dans celle de la rubéole, car le bacille d'Eberth a une prédilection spéciale pour se localiser sur le myocarde.

On n'observe pas de lésions cardiaques semblables.

même dans les cas graves de rubéole ; à plus forte raison, ne devons-nous pas incriminer cette fièvre éruptive quand après une évolution des plus bénignes nous voyons survenir un dénouement fatal par syncope cardiaque.

CONCLUSIONS

I. — Dans l'historique des cas graves de rubéole, nous n'en avons trouvé aucun que nous puissions rapprocher de l'observation que nous rapportons.

II. — Les complications mortelles sont très rares dans la rubéole, que nous considérons avec les auteurs français comme une maladie à pronostic très bénin.

La mort subite est absolument exceptionnelle.

III. — Chez notre jeune soldat, la cause de la mort subite doit surtout être recherchée dans l'état graisseux ancien du myocarde qui n'a pas pu triompher de la syncope produite par un réflexe à point de départ gastrique.

IV. — Le cas que nous rapportons relève plutôt de la médecine légale que de la pathologie infectieuse.

BIBLIOGRAPHIE

- PATERSON. -- On account of the Rotheln of German authors, 1840.
TRIPE. -- London Journal of méd. sc., 1853.
ENGLEMAN. -- American med. Journal, April 1856.
BALFOUR. -- The Edinburgh medical and surgical Journal, 1857.
GINTRAC. -- Cours théorique et clinique de pathol. interne, 1869.
AITKEN. -- The science and practice of medicine, 1872.
CHEADLE. -- T. Internat. M. Congr. 7. sess. London, 1881.
LECORCHÉ et TALAMON. -- Etudes médicales, 1881.
LONGUET. -- Union médicale, 1883.
TONGE SMITH. -- The Lancet, 1883.
TRASTOUR. -- Union médicale, 1884.
BOURNEVILLE et BRICON. -- Progrès médical, 1884.
HAIG BROWN. -- British med. Journal London, 1887.
BAGINSKY. -- Lehrbuch der Kinderkrankh., 1889.
DELASTRE. -- Thèse de Lyon, 1883.
DIDIER. -- Thèse de Paris, 1891.
DANIËL. -- Thèse de Montpellier, 1897.
DOURNEL. -- Thèse de Paris, 1907.
COMBY et GRANCHER. -- Maladies de l'enfance.
MARTEL. -- Gazette hebdomadaire, 1877.
BROUARDEL. -- De la mort et de la mort subite.
-

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

A propos d'un cas de mort subite
dans la rubéole,

par M. Ernest Berthuit.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Professeur,
DUCAMP.

Vu :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.

